

Media Medika Muda

Copyright©2017 by Medical Faculty of Diponegoro University

Volume 2, Nomor 1

ARTIKEL ASLI

Januari – April 2017



PERSEPSI DOKTER DALAM MERUJUK PENYAKIT NON SPESIALISTIK DI LAYANAN KESEHATAN PRIMER DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (Studi di Daerah Istimewa Yogyakarta)

Aras Utami¹⁾, Yulita Hendrartini²⁾, Mora Claramita³⁾

PHYSICIAN'S PERCEPTION IN REFERRAL NONSPECIALISTIC DISEASE IN PRIMARY HEALTH CARE
IN NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM
(Studies in Special Region of Yogyakarta)

ABSTRACT

Background: Primary care physician is a gate keeper to reduce costs by limiting improperly referrals to specialist. Referral restriction in National Health Insurance (JKN) is by implementation 144 diagnoses of diseases that must be cared in first level health facilities (FKTP). There were 13 most diseases of the 144 nonspecialistic diseases who were referred to secondary health facilities (FKTL) based on the results of monitoring Social Security Management Agency for the Health Sector (BPJS Kesehatan) Central Java-Yogyakarta in 2014. Increased cases of disease referred from primary to secondary health facilities increase health care costs. The purpose of this study was to explain primary care physician's perception in the factor influencing referral 13 nonspecialistic disease.

Methods: This study was a qualitative study. The study was conducted in July-Agustus 2015 in DIY. Twenty FKTP were chosen by purposive sampling. Respondent was primary care physician. Data was collected by in-depth interviews. Triangulation was done to other sources and observation.

Results: Factors influencing physicians refer the disease included external and internal factors. According to physician's perception, the external factors were factors predominantly influencing referral included the lack of drug availability such as drugs in the program of referback (PRB); lack of medical devices availability such as physiotherapy, eye examination tools, vacuum wax; patient request; BPJS policy about eyeglasses prescription can only be covered by BPJS from ophthalmologist's prescription in hospital; and behavioral specialist in hospital who did not refer back patients of PRB to FKTP. Internal factors included disease complication factors such as no respond to treatment, multidrug-resistant tuberculosis; and lack competence of primary care physicians in Bell's palsy and presbyopia.

Conclusion: Factors that influence physicians refer the disease is incomplete medical drug, incomplete medical devices, patient request, BPJS policy, behavior specialist in hospital, complication of disease, and lack competence of primary care physician.

Keywords: primary care physician, referral, primary health care, national/social health insurance

ABSTRAK

Latar belakang: Dokter layanan primer berperan sebagai gatekeeper untuk mengurangi biaya dengan membatasi rujukan ke pelayanan spesialis yang tidak sesuai. Pembatasan penggunaan pelayanan spesialis yang tidak perlu bisa meningkatkan kualitas pelayanan. Pembatasan rujukan dalam jaminan kesehatan nasional (JKN) antara lain dengan diberlakukannya 144 diagnosis penyakit level kompetensi 4 yang harus dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP). Ada 13 kasus terbanyak dari 144 diagnosis penyakit nonspesialistik yang dirujuk ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut (FKTL) berdasarkan hasil monitoring BPJS Kesehatan Jawa Tengah-DIY tahun 2014. Meningkatnya kasus penyakit yang dirujuk ke FKTL meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi dokter merujuk 13 penyakit nonspesialistik berdasarkan persepsi dokter.

Metode: Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan pendekatan "grounded theory". Penelitian dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2015 di DIY. Sampel dipilih secara purposive. Jumlah sampel 20 FKTP. Responden adalah dokter. Pengumpulan data dengan

¹⁾ Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro

²⁾ Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

³⁾ Bagian Pendidikan Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

wawancara mendalam. Triangulasi dilakukan kepada sumber yang berbeda dan observasi.

Hasil: Faktor yang mempengaruhi dokter dalam merujuk penyakit meliputi faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal merupakan faktor yang menurut dokter dirasa cukup dominan meliputi kurangnya ketersediaan obat seperti obat-obat yang masuk dalam program rujuk balik (PRB); kurangnya ketersediaan alat medis seperti alat fisioterapi, alat pemeriksaan mata, alat penyedot serumen, permintaan pasien; kebijakan BPJS tentang penjaminan resep kacamata hanya bisa di dokter spesialis mata di FKTL; dan perilaku dokter spesialis rumah sakit yang tidak mengembalikan pasien PRB ke FKTP. Faktor internal antara lain faktor penyulit penyakit seperti tidak respon dengan pengobatan, *multidrug resisten tuberculosis* (MDR-Tb); dan kompetensi dokter yang kurang pada penyakit *Bell's palsy* dan presbiopia.

Simpulan: Faktor-faktor yang mempengaruhi dokter merujuk penyakit adalah kurangnya alat medis, kurangnya ketersediaan obat, permintaan pasien, kebijakan BPJS Kesehatan, perilaku dokter spesialis, dan faktor penyulit penyakit, serta kompetensi dokter yang kurang.

Kata kunci: Dokter layanan primer, rujukan, pelayanan kesehatan primer, jaminan kesehatan nasional

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia sudah mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014 secara bertahap untuk mencapai UHC. Salah satu faktor penentu keberhasilan pelaksanaan UHC adalah kesiapan dan investasi dalam pelayanan kesehatan khususnya sarana prasarana dan tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan dalam pelayanan kesehatan primer.¹

Kesiapan dokter pelayanan kesehatan primer merupakan hal yang sangat penting karena dokter adalah penyedia layanan kesehatan yang melakukan kontak pertama dengan seseorang yang sakit.² Pentingnya dokter pelayanan kesehatan primer sebagai tulang punggung pelayanan kesehatan karena lebih dari 90% dari semua masalah kesehatan seharusnya dapat ditangani di pelayanan kesehatan primer. Studi yang dilakukan oleh Green *et al.* (2001) menyebutkan bahwa ada 21,7% penduduk di Amerika yang mencari pengobatan ke dokter setiap bulannya dan yang memerlukan pelayanan kesehatan di rumah sakit hanya 3-4% dari seluruh penduduk.³

BPJS Kesehatan di Indonesia sebagai badan penyelenggara JKN menerapkan konsep *managed care* dalam pelayanannya. Dalam konsep *managed care* yang dikembangkan di Amerika, pengendalian biaya dan utilisasi pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh peran *gatekeeper* di pelayanan primer. Organisasi *managed care* di Amerika Serikat banyak menggunakan dokter pelayanan primer sebagai *gatekeeper* untuk mengurangi biaya dengan membatasi rujukan ke pelayanan spesialis yang tidak sesuai. Pembatasan penggunaan pelayanan spesialis yang tidak perlu bisa meningkatkan kualitas pelayanan.⁴

Pengaturan pembatasan rujukan dalam JKN

antara lain dengan diberlakukannya 144 diagnosis penyakit nonspesialistik (level kompetensi 4) yang harus ditangani di layanan kesehatan primer dan tidak boleh dirujuk. Diagnosis penyakit mengacu pada Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) 2012.

Rasio dokter umum di provinsi DIY adalah 78,6 per 100.000, angka ini sudah di atas standar nasional yaitu 40 per 100.000.⁵ Namun rasio dokter bervariasi antar kabupaten/kota di DIY. Rasio dokter tertinggi di Kota Yogyakarta sebesar 183,4 per 100.000 penduduk, sedangkan rasio dokter terendah dan masih di bawah standar nasional berada di Kabupaten Gunung Kidul sebesar 10,5 per 100.000 penduduk.⁵

Hasil monitoring dan evaluasi dari BPJS Kesehatan Divisi Regional Jawa Tengah dan DIY tahun 2014 menyebutkan bahwa masih banyak kasus dari 144 diagnosis penyakit nonspesialistik dirujuk ke rumah sakit (tabel 1).

Tabel 1. Diagnosis nonspesialistik terbanyak yang dirujuk ke rumah sakit di Jawa Tengah-DIY

No	Nama Penyakit	Jumlah
1.	Asma bronkial	4158
2.	Hipertensi	2380
3.	Bronkitis akut	1532
4.	Tuberkulosis	1445
5.	Bronkopneumonia	1343
6.	Hordeolum	1125
7.	Tonsilitis	1076
8.	Serumen prop	983
9.	Konjungtivitis	982
10.	Presbiopia	968
11.	Bell's palsy	867
12.	Otitis externa	858
13.	Epistaksis	737

Keputusan dokter dalam merujuk dikaitkan dengan tiga alasan utama yaitu meminta saran dalam penegakkan diagnosis dan rencana pemberian terapi, meminta pelayanan spesialisik yang tidak dapat dilakukan oleh dokter umum, dan atas permintaan pasien.⁶

Dengan melihat data 13 kasus nonspesialistik terbanyak yang dirujuk ke rumah sakit, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keputusan dokter merujuk penyakit nonspesialistik dari perspektif dokter.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan "*grounded theory*", dengan tujuan hasil penelitian diperoleh benar-benar berasal dari data yang dihasilkan dan bukan dari teori yang ada sebelumnya. Tempat penelitian ini di DIY. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2015. Subyek penelitian ini adalah FKTP BPJS Kesehatan Cabang DIY.

Pengambilan sampel untuk data kualitatif dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Dokter yang menjadi sampel kualitatif dipilih berdasarkan hasil skor kemampuan dokter yang baik dan kurang dari penelitian kuantitatif sebelumnya. Dari 258 FKTP yang ada, besar sampel data kualitatif adalah 17 FKTP. Tiap FKTP dipilih 1 dokter. Jadi jumlah responden dari penelitian ini adalah 17 dokter (5 dokter praktik perorangan, 5 klinik pratama, dan 7 dokter puskesmas). Pengumpulan data kualitatif dilakukan oleh peneliti sendiri dengan pedoman wawancara mendalam semi-terstruktur. Setiap wawancara mendalam dilakukan perekaman. Setelah dilakukan pengambilan data kepada 17 dokter, tidak ada jawaban yang menimbulkan variasi informasi dan tujuan penelitian untuk menggali informasi mendalam sudah tercapai. Transkrip dibuat dan dilakukan analisis dengan *software open code 4.02*, kemudian dibuat matriks.

HASIL

Karakteristik informan

Karakteristik dokter yang menjadi informan data kualitatif dideskripsikan menjadi 3 kelompok jenis FKTP. Semua informan berasal dari

Kabupaten Sleman, Kabupaten Bantul, Kabupaten Gunung Kidul, dan Kota Yogyakarta. Distribusi umur informan dokter puskesmas berumur antara 30 tahun sampai dengan 45 tahun. Informan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 orang dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 5 orang. Distribusi umur informan dokter klinik pratama berumur antara 24 tahun sampai dengan 54 tahun. Informan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 1 orang dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 4 orang. Distribusi umur informan dokter praktik perorangan berumur antara 30 tahun sampai dengan 50 tahun. Informan yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 2 orang dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 3 orang.

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan kepada dokter FKTP memberikan gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi dokter merujuk 13 penyakit nonspesialistik menurut perspektif dokter FKTP.

Ketersediaan alat medis

Faktor alat medis yang kurang lengkap merupakan salah satu alasan bagi dokter FKTP dalam merujuk penyakit. Berikut adalah kutipan wawancara dari informan dokter puskesmas.

"Kalau obatnya ada bisa 4A tapi kalau terapinya, masalahnya fisioterapi setahu saya pelayanan dasar di puskesmas gak ada fisioterapi. Kalau secara MOU kan gak masuk dalam MOU jadi mau gak mau kalau mau memanfaatkan BPJS, fisioterapi harus ke RS tapi kalau mau fisioterapi itu kan harus melalui dokter syaraf, jadi ya mending sekalian dokter syaraf yang menangani." (P4)

"Presbiopia harus ke spesialis, di sini (puskesmas) tidak ada alat periksa visus." (P5)

Pernyataan informan di atas memberikan gambaran bahwa beberapa alat medis tidak tersedia di puskesmas seperti alat fisioterapi, alat pemeriksaan mata. Selain dari pernyataan informan di atas, informan lain yang tidak dituliskan kutipan wawancara dalam laporan penelitian ini menyebutkan alat medis yang tidak tersedia antara lain alat penyedot serumen (*suction*). Peneliti melakukan konfirmasi dengan cara observasi. Dari hasil observasi, alat yang tersedia di puskesmas

adalah laboratorium darah rutin, laboratorium urin rutin, alat pemeriksaan sputum BTA (basil tahan asam), *serumen hook*, *nebulizer*, dan tabung O2. Alat-alat yang menurut informan tidak tersedia memang tidak ada di puskesmas.

Pernyataan yang hampir sama juga diungkapkan oleh informan dokter praktik perorangan dan klinik pratama. Berikut kutipan wawancaranya.

"Ya kaitannya dengan pemeriksaan penunjang...Jadi istilahnya untuk penegakan diagnosis ya...diagnosis...kita terbatas pada urin rutin dan darah rutin saja...tanpa ada pemeriksaan tambahan yang lain."(D4)

"..Di sini (klinik) tidak ada alatnya, lab saja cuma sore itu pun kadang kadang ada kadang kadang gak ada itu. Kalau di rontgen kita juga tidak punya alatnya."(K3)

Dari pernyataan di atas dapat diketahui bahwa FKTP hanya memiliki alat laboratorium untuk pemeriksaan urin rutin dan darah rutin. Jika pasien dianggap perlu pemeriksaan tambahan yang lain sesuai kebutuhan medis pasien maka dokter akan merujuk. Alat medis yang tidak dimiliki oleh dokter praktik perorangan dan klinik pratama dari hasil wawancara dan observasi adalah alat fisioterapi, alat pemeriksaan mata, *serumen hook*, alat penyedot serumen, alat laboratorium sputum BTA.

Ketersediaan obat

Sebagian besar informan dokter puskesmas memiliki persepsi yang baik terhadap ketersediaan obat di puskesmas. Berikut kutipan pernyataan dari informan:

"Obat-obatan cukup cukup sudah sesuai dengan formularium mungkin kita malah lebih, lebih dari itu."(P1)

"Kalau obat-obatan di sini (Puskesmas) ada dan cukup lengkap bisa sampai level 4..."(P4)

Pernyataan informan di atas menyatakan bahwa ketersediaan dan kelengkapan obat di puskesmas sudah cukup sesuai formularium obat. Selain itu kelengkapan obat juga tersedia sesuai dengan level kompetensi 4. Walaupun sebagian besar informan dokter puskesmas memberikan pernyataan yang baik tentang ketersediaan obat di

puskesmas, namun masih ada obat yang kurang lengkap untuk beberapa penyakit yang masuk dalam program rujuk balik seperti hipertensi dan asma. Berikut adalah kutipan wawancaranya.

"Nah itu permasalahannya hipertensi harusnya level 4.. pasien itu memang sudah dari RS sudah punya obat-obat yang di sini (Puskesmas) tidak ada sehingga mau tidak mau pasien minta di rujuk. Akhirnya ya gimana. Obatnya kan valsartan kan gak ada di sini (Puskesmas)."(P3)

Pernyataan di atas memberikan informasi bahwa ada obat yang kurang lengkap untuk pasien dengan diagnosis hipertensi, dikarenakan pasien sudah terbiasa berobat dengan obat dari rumah sakit. Berbeda dengan persepsi yang baik menurut informan puskesmas, seluruh informan dari dokter praktik perorangan maupun klinik pratama mempersepsikan kurangnya ketersediaan dan kelengkapan obat di FKTP. Kutipan berikut merupakan pernyataannya.

"...Karena kenyataannya obat-obat anti hipertensi itu masuk di program rujuk balik (PRB) sehingga sebetulnya bukan hambatan di kemampuan dokter, tetapi di ketersediaan obat."(D1)

Ketersediaan obat di klinik pratama dan di dokter praktik memang tidak selengkap di puskesmas. Pernyataan tersebut dilakukan konfirmasi dengan cara observasi oleh pewawancara. Dari hasil observasi tidak terstruktur, beberapa obat seperti yang disebutkan oleh informan yaitu obat anti hipertensi, obat *spray* asma tidak ada di FKTP.

Permintaan pasien

Seluruh informan FKTP baik itu dokter puskesmas, dokter praktik perorangan maupun dokter klinik pratama memberikan pernyataan yang sama bahwa sebagian kasus penyakit yang dirujuk bukan atas indikasi medis, melainkan atas permintaan pasien. Berikut adalah kutipan wawancaranya.

"Pasien sudah terbiasa di RS, itu yang paling sulit semisal 1 hari 100 pasien bisa jadi 20 orang itu ngeyel untuk dirujuk. Jadi waktunya habis untuk itu biasanya, menjelaskan dengan bahasanya pasien untuk tidak dirujuk itu lebih menyita waktu dan tenaga biasanya."(P3)

"Banyak kendala saya kan dulu dari askes, trendmarknya itu kalau punya askes itu memanfaatkan askes dengan datang ke dokter keluarga hanya untuk meminta rujukan." (D2)

Kutipan wawancara di atas memberikan informasi bahwa salah satu kendala bagi dokter tidak bisa melakukan penanganan penyakit secara tuntas adalah faktor permintaan pasien untuk dirujuk ke rumah sakit tanpa indikasi medis. Kecenderungan pasien untuk dirujuk biasanya dilakukan oleh pasien peserta ex-Askes. Dokter sudah memberikan penjelasan kepada pasien bahwa penyakit bisa ditangani oleh dokter layanan primer, namun sebagian tetap ingin mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Peneliti melakukan konfirmasi pernyataan dokter kepada pasien yang datang ke FKTP untuk meminta rujukan. Berikut jawaban kutipan dari pasien.

"Saya lebih suka berobat ke rumah sakit tho, kan karena di rumah sakit ada pemeriksaan laboratorium lengkap dan bisa langsung bertemu dengan dokter spesialis saya..saya kan sudah langganan dari dulu sama dokter di rumah sakit, masak mau dibatasin." (pasien A)

Kompetensi dokter

Menurut pernyataan dari sebagian informan, kurangnya kompetensi dokter bukanlah hal yang menjadi alasan utama bagi dokter dalam merujuk sebagian besar kasus penyakit. Kutipan wawancara informan tentang kompetensi dokter adalah sebagai berikut.

"Kompetensinya dokter umum gak masalah. Yang penting alat siap dan diberi dukungan juga dari BPJS dan FKTL juga." (P3)

Walaupun sebagian besar dokter merasa kompetensi dokter cukup mampu untuk menangani sebagian besar penyakit nonspesialistik, namun 10 dari 17 dokter mengakui tidak merasa kompeten dalam menangani penyakit *Bell's palsy*. Berikut kutipan wawancaranya:

"Kalau Bell's palsy itu kita bisa mendiagnosis, tapi untuk penanganan lebih lanjut ya ke spesialis." (P5)

"Bells palsy..hmmmm....Ya seperti yang lainnya ya kalau saya sih kalau udah kunjung 2 atau 3 kali dengan keluhan yang sama tidak ada perbaikan baru akan saya rujuk, jadi ini untuk memastikan diagnosa." (P1)

Sebagian kecil informan juga memberikan persepsi bahwa kompetensi dokter umum yang kurang adalah kompetensi penanganan presbiopia. Pernyataannya adalah sebagai berikut:

"Tak pikir yang ini yang 13 ini kompetensinya sudah sesuai dengan kompetensi dokter. Dari yang 13 menurut saya yang agak deviasi sedikit presbiop menurut saya." (D4)

Sebagian besar dokter yang menganggap bahwa kompetensi baik memberikan pendapat alasan merujuk presbiopia adalah karena peresepan kacamata hanya bisa dilakukan oleh dokter spesialis (berdasarkan kebijakan BPJS Kesehatan).

Kebijakan BPJS Kesehatan

Dari hasil wawancara semua informan menyampaikan hal yang sama tentang salah satu diagnosis yang bertentangan dengan kebijakan dari BPJS Kesehatan itu sendiri, yaitu diagnosis presbiopia. Berikut adalah kutipan wawancaranya.

"Presbiopia itu dirujuk karena ini kebijakan dari BPJS sebenarnya set untuk pemeriksaan mata ada di sini (Puskesmas) ..tapi kebijakan BPJS hmmm penjaminan resep kacamata kan dari dokter spesialis mata kan. Jadi mau gak mau kalau presbiopia dirujuk gak cuma presbiopia sih tapi semua gangguan refraksi misal miopia, astigmatisme." (P3)

Pernyataan tersebut dikonfirmasi dari kebijakan BPJS Kesehatan bahwa penjaminan pelayanan kacamata diberikan atas rekomendasi dari dokter spesialis mata dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan mata.

Perilaku dokter spesialis

Hambatan yang dianggap bagi dokter dalam menangani kasus 13 penyakit level kompetensi 4 adalah perilaku dokter spesialis yang menahan pasien untuk kontrol ke rumah sakit. Berikut adalah kutipan wawancaranya.

"Ya ada juga pasien asma diobat rutin sama rumah sakit, termasuk gula, hipertensi juga...Tapi sama dokter spesialisnya minta disuruh kontrol. Kalau asma ya sebenarnya obatnya sama, ya bedanya ada obat semprot." (P2)

"PRB misal penyakit hipertensi kan dari dari dokternya dari sana yang merujuk balik ke sini

(Puskesmas) itu pun tidak semua dokter spesialis mau merujuk balik, hanya beberapa saja." (P3)

Dari pernyataan di atas dapat diketahui bahwa menurut dokter FKTP bahwa spesialis menahan pasien yang menderita penyakit kronik seperti asma, hipertensi dan penyakit lainnya yang masuk dalam program rujuk balik.

PEMBAHASAN

Peneliti membagi faktor-faktor yang mempengaruhi dokter merujuk penyakit menjadi faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal yang dimaksud adalah faktor-faktor di luar yang tidak berkaitan dengan dokter FKTP maupun penyakit. Faktor eksternal tersebut meliputi: ketersediaan alat medis, ketersediaan obat, permintaan pasien, kebijakan BPJS Kesehatan, dan perilaku dokter spesialis. Faktor internal adalah faktor yang ada pada dokter dan penyakit, meliputi kompetensi dokter dan faktor penyulit penyakit.

Alat medis yang dimiliki oleh FKTP baik alat untuk menunjang diagnosis seperti laboratorium *Rontgen* maupun alat penunjang terapi seperti *nebulizer* masih belum lengkap. Jika tidak ada alat di FKTP maka dokter akan merujuk pasien untuk penegakkan diagnosis maupun untuk terapi walaupun dokter sebenarnya memiliki kompetensi untuk menangani pasien. Kesiapan alat kesehatan yang kurang juga ditemukan di fasilitas kesehatan kabupaten Gowa dalam menyongsong JKN.⁷ Keterbatasan alat medis akan mempengaruhi dokter dalam merujuk pasien ke spesialis.⁸

Dari berbagai permasalahan yang didapatkan dalam ketersediaan obat di FKTP, hal yang utama adalah obat rujuk balik. Beberapa obat rujuk balik hanya tersedia di rumah sakit membuat dokter merujuk penyakit. Hal ini akan meningkatkan rujukan kasus nonspesialistik sehingga akan meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Kisworini (2003) menyebutkan semakin baik ketersediaan obat rujuk balik semakin baik pula upaya pengendalian biaya yang dilakukan puskesmas.⁹

Permasalahan lainnya adalah obat tuberkulosis yang hanya ada di puskesmas. Obat tuberkulosis merupakan obat yang masuk dalam program pengendalian tuberkulosis sehingga kementerian kesehatan hanya memberikan pengadaan obat

kepada puskesmas. Oleh karena itu, pasien yang datang ke klinik pratama dan dokter praktik perorangan akan dirujuk ke rumah sakit atau disarankan untuk berobat ke puskesmas.

Berdasarkan panduan tentang sistem rujukan berjenjang BPJS Kesehatan bahwa rujukan ke pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat dilakukan apabila dokter tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan, dan atau ketenagaan.¹⁰

Seluruh dokter yang diwawancara menyebutkan bahwa faktor permintaan pasien adalah salah satu faktor yang mempengaruhi dokter merujuk penyakit. Pada kasus penyakit yang sebenarnya dapat ditangani oleh dokter FKTP, dokter FKTP sudah memberikan penjelasan kepada pasien untuk tidak perlu dirujuk ke spesialis di rumah sakit. Beberapa pasien dapat menerima dan memahami keputusan dokter untuk tidak merujuk. Namun ada juga beberapa pasien yang merasa lebih percaya kepada dokter spesialis, sehingga pasien menuntut dokter untuk tetap merujuk. Pasien masih berorientasi terhadap pelayanan spesialisik.

Menurut Forrest *et al.* (2002), salah satu alasan dokter merujuk adalah atas permintaan pasien. Hal yang sama diungkapkan oleh Mukti (2001), hambatan dari sisi permintaan masyarakat dalam pelaksanaan sistem rujukan adalah faktor pasien.¹¹ Banyak masyarakat yang masih berorientasi ke spesialis, tidak merasa mantap jika tidak ditangani oleh dokter spesialis meskipun sebenarnya penyakit yang diderita adalah penyakit yang mampu ditangani oleh dokter umum.

Pada beberapa kasus penyakit kronis program rujuk balik, seperti asma dan hipertensi, dokter layanan primer berpendapat bahwa masih ada beberapa dokter spesialis tidak mau merujuk balik pasien. Akibatnya, dokter FKTP harus menuliskan rujukan tiap bulan ke rumah sakit agar pasien bisa mendapatkan obat karena ada obat yang tidak ada di FKTP. Perilaku dokter spesialis yang menahan pasien di rumah sakit menyebabkan proses dalam sistem rujukan belum berjalan dengan baik.¹² Hal ini mungkin disebabkan persepsi dokter spesialis yang menganggap dokter layanan primer kurang memiliki kompetensi dalam menangani penyakit program rujuk balik.¹³

Faktor internal yang menyebabkan dokter merujuk adalah faktor penyulit penyakit, seperti

penyakit yang tidak sembuh/resisten dengan pengobatan di FKTP, penyakit yang sering kambuh, adanya komplikasi seperti tuberkulosis yang resisten dengan pengobatan (MDR-Tb).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 5 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer bahwa dokter dapat merujuk pasien apabila memenuhi salah satu dari kriteria "TACC" (*Time-Age-Complication-Comorbidity*) berikut:¹⁴

1. *Time* : perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi kronis atau melewati *Golden Time Standard*
2. *Age* : usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta risiko kondisi penyakit lebih berat
3. *Complication* : komplikasi penyakit dapat memperberat kondisi pasien
4. *Comorbidity* : ada gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien

Ilustrasi penyakit yang diambil dalam pembahasan ini adalah asma yang termasuk dalam penyakit kronis. Beberapa pasien yang dirujuk adalah asma yang tidak terkontrol dengan pengobatan. Rujukan ke spesialis dianjurkan untuk pasien yang rutin berobat ke dokter pelayanan primer namun pasien mengalami kesulitan dalam mencapai atau mempertahankan asma yang terkontrol.^{15,16} Berdasarkan penjelasan di atas, bahwa alasan faktor penyulit penyakit dapat dianggap sebagai alasan yang tepat secara medis ketika dokter memutuskan untuk merujuk pasien yang memenuhi kriteria TACC.

Faktor kompetensi dokter juga merupakan salah satu alasan bagi dokter merujuk penyakit nonspesialistik. Dari 13 penyakit nonspesialistik, sebagian besar kasus dianggap dokter bahwa mereka mampu menangani penyakit tersebut sampai tuntas dan mandiri. Akan tetapi, sebagian besar dokter mempersepsikan bahwa kompetensi mereka kurang dalam menangani penyakit khususnya *Bell's palsy* dan presbiopia. Menurut dokter, kompetensi penyakit tersebut merupakan kompetensi spesialis.

Hasil penilaian terhadap dokter keluarga dan dokter umum di Ontario memberikan gambaran bahwa masih ada 15% dokter (dokter umum dan dokter keluarga) memiliki kemampuan praktik yang kurang.¹⁷ Kemampuan dokter yang kurang

(keterampilan klinis) merupakan faktor penghambat dalam menurunkan angka rujukan.⁸

Kemampuan dokter FKTP yang kurang dalam menangani beberapa penyakit (*Bell's palsy* dan presbiopia) akan berdampak dokter merujuk penyakit yang seharusnya dapat ditangani di layanan kesehatan primer. Dokter FKTP dirasa masih perlu meningkatkan pengembangan kompetensi dalam pengelolaan penyakit di layanan kesehatan primer. Peningkatan kompetensi dokter sangat diperlukan demi pencapaian keberhasilan JKN seperti yang dilakukan oleh Thailand. Dalam mencapai UHC, salah satu strategi yang dilakukan oleh Thailand adalah dengan meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan primer.¹⁸

Peran dokter FKTP sangat penting dalam sistem rujukan berjenjang dimana dokter FKTP akan memberikan rujukan ke spesialis pada pasien sesuai dengan kebutuhan medis pasien. Rujukan ke spesialis merupakan target untuk kendali biaya dalam *managed care*.¹⁹ Pelayanan kesehatan primer dan sistem rujukan yang baik merupakan kunci dalam pencapaian kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik.¹⁸ Tentu saja dibutuhkan perbaikan dari berbagai faktor-faktor yang menjadi penghambat bagi dokter FKTP dalam melaksanakan perannya sebagai *gatekeeper*.

SIMPULAN

Faktor-faktor yang mempengaruhi dokter dalam merujuk penyakit dibagi menjadi dua yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal merupakan faktor yang dianggap cukup berperan besar meliputi kurangnya alat medis, kurangnya ketersediaan obat, faktor permintaan pasien, faktor kebijakan BPJS Kesehatan, dan faktor perilaku dokter spesialis rumah sakit yang tidak mengembalikan pasien rujuk balik ke fasilitas kesehatan primer. Faktor internal meliputi faktor penyulit penyakit dan kompetensi dokter yang kurang pada beberapa penyakit tertentu.

BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan masing-masing kabupaten/kota di DIY perlu mengadakan koordinasi dengan FKTP untuk perbaikan kebijakan penyakit nonspesialistik yang tidak boleh dirujuk. Perlunya dibuat suatu kriteria rujukan untuk tiap penyakit tergantung dari keparahan penyakit. BPJS Kesehatan perlu melakukan

sosialisasi kepada peserta BPJS Kesehatan tentang penyakit yang tidak boleh dirujuk ke rumah sakit dan sistem rujukan berjenjang, meningkatkan kegiatan sosialisasi kepada dokter FKTP dan dokter spesialis FKTP tentang program rujuk balik. Pemerintah melalui Dinas Kesehatan diharapkan bisa memberikan perbaikan kondisi sarana prasarana di FKTP untuk kelengkapan obat dan alat kesehatan. IDI, BPJS Kesehatan, dan Dinas Kesehatan perlu meningkatkan kegiatan seminar dan pelatihan untuk meningkatkan kompetensi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan primer serta memberikan *update* ilmu pengetahuan kedokteran kepada dokter layanan kesehatan primer.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk untuk mengetahui hubungan masing-masing faktor yang berpengaruh dalam dokter merujuk dengan rujukan non spesialisistik.

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization. (2010). The World Health Report: Health System Financing: The path to universal coverage. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- Gan, G.L., Azwar, A., & Wonodirekso, S. (2004). A Primer on Family Medicine Practice. Singapore: Singapore International Foundation.
- Green, L. A., Fryer, G. A., Yawn, B. P., Lanier, D., & Dovey, S. M. (2001). The Ecology of Medical Care Revisited. The New England Journal of Medicine, 344, 20215. doi:10.1056/NEJM200106283442611
- Franks, P., Clancy, C. M., & Nutting, P. A. (1992). Gatekeeping Revisited Protecting Patients from Overtreatment. The New England Journal of Medicine, 327, 4249. doi:10.1056/NEJM199208063270613
- Kementerian Kesehatan RI. (2014a). Ringkasan Eksekutif Data dan Informasi Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Forrest, C. B., Nutting, P. A., Starfield, B., & von Schrader, S. (2002). Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. The Journal of Family Practice, 51(3), 21522. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11978231>
- Geswar, R. K., Nurhayani, & Balqis. (2014). Kesiapan Stakeholder Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Gowa. Jurnal Administrasi & Kebijakan Kesehatan Indonesia, 3(01).
- Mendrofa, S.S.I. (2011). Gambaran pelaksanaan rujukan pasien Jamkesmas di puskesmas Lampung Selatan. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Kisworini, F.Y. (2004). Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Upaya Pengendalian Biaya Kesehatan Peserta PT. Askes di Puskesmas Kota Yogyakarta. Tesis. Universitas Gadjah Mada.
- BPJS Kesehatan. (2014b). Panduan Praktik Klinis Sistem Rujukan Berjenjang. Jakarta.
- Mukti, A.G. (2001). Sistem Rujukan Oleh Dokter Keluarga Dalam Rangka Efisiensi dan Efektivitas Pelayanan Kesehatan. Seminar Sehari Peran Dokter Keluarga Sebagai Gatekeeper Dalam Sistem Rujukan. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Susiyanti, W. (2009). Evaluasi Rujukan Pasien Penderita Penyakit Jantung Koroner, Hipertensi, dan Diabetes Mellitus di Partamedika Medical Center. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Wulandari, A. (2012). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Rujukan Balik Pasien Penderita DM tipe 2 Peserta Askes Sosial dari Rumah Sakit ke Dokter Keluarga di Kabupaten Kudus. Tesis. Universitas Gadjah Mada.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta.
- Wechsler, M. E. (2009). Managing asthma in primary care: putting new guideline recommendations into context. Mayo Clinic Proceedings, 84(8), 70717. [http://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)60521-1](http://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60521-1)
- Yawn, B. P. (2011). The Role of the Primary Care Physician in Helping Adolescent and Adult Patients Improve Asthma Control. Mayo Clinic Proceedings, 86(9), 894902. <http://doi.org/10.4065/mcp.2011.0035>
- McAuley, R. G., Paul, W. M., Morrison, G. H., Beckett, R. F., & Goldsmith, C. H. (1990). Five-year results of the peer assessment program of the College of Physicians and Surgeons of Ontario. CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne, 143(11), 11939. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1452901&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- ILO Subregional Office for East Asia. (2008). Thailand: Universal Health Care Coverage Through Pluralistic Approaches. Retrieved from http://www.ilo.org/seccoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_SECCOC_6612/lang-en/index.htm
- Forrest, C. B., Glade, G. B., Starfield, B., Baker, A. E., Kang, M., & Reid, R. J. (1999). Gatekeeping and Referral of Children and Adolescents to Specialty Care. Pediatrics, 104(1), 2834. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/104/1/281> ong